

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบ บุคคลธรรมดา นิติบุคคล
กรรมกรรมประกันภัยกลุ่มเลขที่.....

ประเภทความคุ้มครอง บุคคลทั่วไป สินเชื่อ
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

ส่วนที่ 1: คำถามเกี่ยวกับข้อมูลและรายละเอียดการขอเอาประกันภัยของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา) หรือ
ผู้ถูกเอาประกันภัย (แบบนิติบุคคล)

1. สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา)/สำหรับผู้ถูกเอาประกันภัยซึ่งมีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบ
นิติบุคคล)

นาย นาง นางสาว นามสกุล..... สกุลเดิม.....

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ

เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างชาติ.....

สถานที่ออกบัตร..... ลงวันที่..... วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ..... อีเมล

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ..... อีเมล

สถานที่ทำงาน..... อาคาร.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ชั้น..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน

2. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ.....

รายได้ประจำต่อปี..... บาท รายได้อื่นๆ ต่อปี..... บาท

แหล่งที่มาของรายได้ (นอกเหนือจากอาชีพหลัก)..... จากประเทศ.....

3. รายละเอียดการหนี้สินเชื่อ: บัญชีสินเชื่อ คือ

บัญชีสินเชื่อ	วงเงินสินเชื่ออนุมัติ (บาท)	วงเงินสินเชื่อคงค้าง (บาท)	ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ (ปี)	วันที่อนุมัติ สินเชื่อ

4. ยอดเงินกู้.....บาท ระยะเวลากู้.....ปี ผู้กู้ร่วม ไม่มี มี จำนวนผู้กู้ร่วม.....คน ได้แก่

(1) ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์.....

(2) ชื่อ - นามสกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์.....

5. แบบประกัน..... ยอดเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาที่ขอเอาประกันภัย.....ปี

จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท

ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว (เงินสด กู้เพิ่ม)

ชำระเบี้ยประกันภัยรายงวด (รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน)

สัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ

ความคุ้มครอง(บาท)

.....
.....
.....

6. ผู้รับประโยชน์ (กรณีคุ้มครองสินเชื่อและต้องการให้สถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ โปรดระบุชื่อสถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ลำดับที่ 1)

ลำดับ ที่	ชื่อ-นามสกุล / สถาบันการเงิน	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	รายละเอียดของ ผลประโยชน์



ส่วนที่ 2 : คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (สำหรับแบบนิติบุคคลเท่านั้น)

7. ข้าพเจ้า (นิติบุคคล).....ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....
วันที่จดทะเบียน..... สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ชั้น..... อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... เว็บไซต์.....
8. ผู้ถูกเอาประกันภัย คือ นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิก
ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ขอแถลงข้อความเพื่อประกอบการขอเอาประกันภัย ดังต่อไปนี้
- 8.1 ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของข้าพเจ้าไปทำประกันชีวิตรายละเอียดตามใบคำขอเอาประกันชีวิตฉบับนี้ได้
- 8.2 ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าผลประโยชน์จากการประกันภัยนี้จะตกเป็นของผู้ถือกรมธรรม์ ตามภาระหนี้สินของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ และส่วนที่เหลือจากการหนี้สินที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ (ถ้ามี) จะตกเป็นของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

ส่วนที่ 3 : คำแถลงสุขภาพ (สำหรับแบบบุคคลธรรมดา และ แบบนิติบุคคล)

9. ถ้อยแถลงสุขภาพโดยบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา) / ผู้ถูกเอาประกันภัย (แบบนิติบุคคล)
- 9.1 น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....
- 9.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืน
สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย
ถ้าเคย โปรดระบุบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อใด.....
- 9.3 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคตับ | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคประสาท |
| <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | |
- กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา.....ชื่อของแพทย์ (หากระบุได้โปรดระบุ).....
สถานพยาบาลที่รักษา..... อาการในปัจจุบัน.....
- 9.4 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ เลิกเสพ เมื่อ.....
ถ้า เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี
- 9.5 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม เลิกดื่ม เมื่อ.....
ถ้า ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี
- 9.6 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ..... โปรดระบุสาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่.....
- 9.7 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วย
เครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร..... เมื่อใด.....
สถานที่ตรวจ..... ผลการตรวจ..... ข้อสังเกตโดยแพทย์.....
- ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ..... เมื่อใด.....
ชื่อสถานพยาบาล..... ผลการรักษา.....

ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร หรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่
กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตาม
กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย(บุคคลธรรมดา/นิติบุคคล) และผู้ถูกเอาประกันภัย(นิติบุคคล) ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. กรณีขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบนิติบุคคล ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ณ ขณะที่ข้าพเจ้ายื่นขอเอาประกันภัยกับบริษัท ข้าพเจ้ามีฐานะเป็นผู้มีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตามหนังสือรับรองของนิติบุคคลจริง
- จ. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1. หากสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ถูกเอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย จะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย(บุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)

ประทับตรา
นิติบุคคล
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

()

ผู้ถูกเอาประกันภัย(นิติบุคคล)

ลงชื่อ.....

()

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

()

พยาน

ผู้วิเคราะห์สินเชื่ ชื่อ.....รหัสพนักงาน.....

รหัสตัวแทน / นายหน้า.....สาขา.....รหัสสาขา..... โทร.....

เจ้าหน้าที่สาขา ชื่อ.....รหัสพนักงาน.....

รหัสตัวแทน / นายหน้า.....สาขา.....รหัสสาขา..... โทร.....